

高知医療センター地域医療センター
地域医療連携室 澤田 宛
FAX 088-837-6701

●第 29 回高知医療センター外科グループ手術症例検討会

(令和 3 年 8 月 4 日 (水) 開催) 申込書

お名前		ご所属	
メールアドレス			
お電話番号			

※何かご質問等ございましたら、ご記入ください。

--

※事前の招待メール送信処理が必要なため、申込は 7 月 30 日 (金) まで にお願ひします。